

Whitepaper ASS en/of Anorexia Nervosa

In de serie 'whitepapers ASS' wordt de autismespectrumstoornis (ASS) vergeleken met andere diagnoses, waarbij wordt ingegaan op differentiaaldiagnostiek en comorbiditeit.

Waarom deze whitepapers

De gedragskenmerken van ASS kunnen soms erg lijken op die van andere diagnoses, wat het diagnostisch proces erg complex kan maken. Bij het Autisme Expertisecentrum (Eemnes) worden, op basis van wetenschappelijk onderzoek en klinische ervaringen, verschillende whitepapers ontwikkeld. Deze whitepapers gaan in op differentiaaldiagnostiek (ASS óf een andere diagnose) en comorbiditeit (ASS én een andere diagnose) bij mensen met (mogelijk) ASS. Hiermee beogen we:

1. Informatie te bieden aan diagnostici die worstelen met differentiaaldiagnostiek en comorbiditeit bij mensen met (mogelijk) ASS.
2. Input te geven aan mensen met ASS en hun naasten, zodat zij beter begrijpen waarom een bepaalde diagnose juist wel of niet is gesteld.

Deze whitepaper

In dit document gaan we specifiek in op ASS en Anorexia Nervosa (AN)

Achtergrond

Deze whitepaper is ontstaan vanuit een samenwerking tussen het Autisme Expertisecentrum (Annelies Spek en Vivian Snouckaert) en het dr. Leo Kannerhuis/Parnassia Groep (Audrey Mol), Eetstoornissen Rintveld Altrecht (Unna Danner, Annemarie van Elburg, Sabrina Schröder), Emergis Eetstoornissen (Jolanda Wielemaker) en GGZ Oost-Brabant (Jasper van Roon).

Differentiatie tussen ASS en AN

ASS en AN kunnen qua uitingsvorm erg op elkaar lijken, zeker wanneer er sprake is van een ernstige eetstoornis. Toch is het belangrijk om het onderscheid goed te kunnen maken, omdat de onderliggende mechanismen en de passende behandeling sterk van elkaar kunnen verschillen. Hieronder per ASS-criterium de overeenkomsten en verschillen met AN.

Criteria van ASS	Wat zie je bij AN?
<p>Beperkte sociaal-emotionele wederkerigheid.</p>	<p>Bij mensen met AN zijn er soms problemen in het over-en-weer contact, maar verwacht je <i>in de basis geen beperkingen in de wederkerigheid</i>, wat bij ASS wel het geval is. Soms zijn er bij AN wel rigide cognities rondom eten/lichaam, waardoor contact met anderen ingewikkeld is en men sterk gericht is op zichzelf. Mensen met AN voelen zich vaak buitengesloten en minderwaardig. Ze zijn erg geneigd zich met anderen te vergelijken en zijn erg gevoelig voor andermans (vermeende) verwachtingen, waardoor zij zich vaak aan de omgeving aanpassen. Zij kunnen hierbij <i>wel goed aansluiten bij de verwachtingen van de ander en aanvoelen wat 'gewenst gedrag' is</i>. Vrouwen met ASS leren doorgaans compenseren en camoufleren voor hun beperkingen, vanuit de wens toch sociale aansluiting te vinden of de wens 'normaal' te zijn. Dit is echter een beredeneerd proces dat energie kost en waarbij ze regelmatig de plank mis blijven slaan. Ook leidt het doorgaans niet tot wederkerige contacten die energie geven.</p> <p>Tijdens een groepsbehandeling zie je bij mensen met AN meer zelfreflectie dan bij mensen met ASS. Ze zijn doorgaans <i>in staat om mee te voelen</i> met de ander en hebben oog voor andermans perspectief, wat bij mensen met ASS niet goed lukt of alleen op beredeneerde wijze. Omdat een 1-op-1 contact voor mensen met AN vaak veiliger voelt dan contact in een groep, voel je als therapeut de wederkerigheid (nog) meer tijdens 1-op-1 contact. Er ontstaat dan contactgroei (de kwaliteit van het contact normaliseert), met name bij kinderen en jongeren. Bij volwassenen met <i>langdurige en ernstige eetstoornissen</i> (bijv. met fors ondergewicht of sterke preoccupatie met anorectische cognities) is dit soms wat beperkter. Zij kunnen erg in zichzelf gekeerd zijn, zich niet de moeite waard voelen en zich terugtrekken uit het sociale contact. Er is dan weinig ruimte voor de ander en voor introspectie. Wanneer ze worden geconfronteerd met hun gewicht/zelfbeeld (ook op indirecte wijze), dan is de fixatie en kokervisie met het eten/lijf merkbaar. Je merkt ook emotionele leegte; er is als het ware alleen de eetstoornis. Als het gewicht meer normaliseert, dan neemt de introspectie toe (en de alexithymie af) en komt er ook meer ruimte voor de ander. Je ervaart dan ook meer wederkerigheid. Verder verwacht je bij mensen met een langdurige, ernstige eetstoornis <i>niet het 'vreemde' in het contact</i> (zoals bij ASS), maar vooral de beperkte aandacht voor de ander als gevolg van de eetstoornis. Ook zie je bij hen <i>vóór de eetstoornis geen gebrekkige wederkerigheid</i>. Dit in tegenstelling tot mensen met ASS.</p> <p>Bij mensen met AN zie je <i>geen beperkingen in over-en-weer gesprekken, taal letterlijk nemen of het zich verliezen in details</i> (anders dan gerelateerd aan de eetstoornis).</p>
<p>Beperkingen in de non-verbale communicatie.</p>	<p>Bij ernstige AN zie je vaak een vlakke mimiek. Dit kan normaliseren bij gewichtsherstel en herstel van het lichaamsbeeld, omdat dan vaak de anorectische cognities afnemen. <i>Oogcontact kan lastig zijn door schaamte en een laag zelfbeeld, maar niet door onvermogen</i>, zoals het niet weten hoe lang je oogcontact hoort te maken, wat wel</p>

	<p>passend is bij ASS. Mensen met AN kunnen doorgaans juist <i>goed andermans non-verbale signalen interpreteren</i>, alhoewel ze deze signalen vaak wel negatief inkleuren door het gevoel van minderwaardigheid, het zichzelf continu vergelijken en het gevoel van 'teveel ruimte' innemen. Er is in de basis geen beperking op dit gebied. Ook zien ze juist goed wat er gebeurt in een groep, maar ook hierbij zijn ze geneigd de signalen negatief uit te leggen, gekoppeld aan hun negatieve zelfbeeld. Mensen met AN kunnen <i>goed tussen de regels doorlezen</i> en zien het bijvoorbeeld goed als iemand zich groot houdt. Dit in tegenstelling tot mensen met ASS.</p>
<p>Beperking in ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties.</p>	<p>Mensen met AN hebben in sociale relaties vaak negatieve ervaringen opgedaan, bijvoorbeeld door pestervaringen of in het contact met hun opvoeders. Hierdoor kunnen ze voorzichtiger zijn in het contact. Ook door zichzelf minderwaardig en 'te veel' voelen, zijn ze geneigd zich terug te trekken. Soms bemerk je in het contact dan ook de persoonlijkheidsproblematiek die onderliggend speelt.</p> <p>Een deel van de mensen met AN heeft voorafgaand aan de eetstoornis vriendschappen ontwikkeld. Soms is dit niet het geval, vooral als de eetstoornis erg jong is begonnen. De eetstoornis zorgt voor veel sociale problemen, mede doordat eten door de meeste mensen wordt gezien als een sociale bezigheid. Dit kan het ontwikkelen van vriendschappen belemmeren of leiden tot verlies van vriendschappen, vooral wanneer het een langdurige eetstoornis betreft. Er speelt ook veel schaamte en geheimhouding door de eetstoornis, waardoor ze sociale activiteiten kunnen vermijden. Overigens is de eetstoornis hierbij steeds de belemmerende factor; het heeft <i>niet zozeer te maken met afstemmingsproblemen</i> zoals bij ASS. Mensen met AN voelen zich vooral 'te veel', maar er is <i>geen sprake van 'niet begrijpen hoe het werkt' of onhandigheid op sociaal gebied</i>.</p> <p>Vrienden zijn erg belangrijk en kunnen beschermend zijn bij mensen met AN, zoals ook bij ASS. Mensen met AN zijn in de basis beter <i>in staat om vriendschappen te ontwikkelen en onderhouden</i>. Bij ASS zie je op dit gebied juist beperkingen, waardoor sociale contact soms juist ook belastend en ingewikkeld is.</p>
<p>Stereotiepe motoriek, taal en gedrag.</p>	<p>Bij mensen met AN zie je soms stereotiep <i>lijkend</i> gedrag, maar dit is gerelateerd aan de eetstoornis (bijvoorbeeld dwangmatig vasthouden aan bepaald soort bestek of bordindeling, of aan een vaste volgorde van eten). Je verwacht geen andersoortig stereotiep gedrag. Bij mensen met AN zien we <i>geen stereotiepe taal en motoriek</i>. Door bewegingsdrang kan er overigens wel sprake zijn van trillen en ijsberen. Ook zie je bij ondergewicht soms een houterige, vertraagde motoriek. Dit verdwijnt bij het aankomen.</p>
<p>Vasthouden aan hetzelfde, routines, rituelen.</p>	<p>Mensen met AN vinden het vaak moeilijk wanneer dingen anders verlopen dan gepland. Hierbij is de eetstoornis vaak de trigger (veranderingen interfereren bijvoorbeeld met de vaste eetmomenten). Ook <i>onduidelijkheid en een gebrek aan controle</i> (over het eten) kunnen spanning geven. Vaak is er ook een link met het negatieve zelfbeeld en de neiging de lat hoog te leggen. De spanning die hierdoor ontstaat wordt gereguleerd door controle op het eten. Bij mensen met ASS is de moeite met veranderingen en onverwachte situaties gerelateerd aan de gefragmenteerde informatieverwerking, maar niet aan zelfbeeld of controlebehoefte. Zij hebben routines en rituelen nodig, omdat deze houvast geven en de wereld voor hen overzichtelijk en voorspelbaar maken. Bij mensen met AN is de <i>controle (zoals eetregels) een vorm van coping, waarbij je uiteindelijk streeft naar het</i></p>

	<p><i>loslaten hiervan</i>. Bij mensen met ASS zijn de rituelen en routines helpend en beschermend en streef je juist niet naar loslaten.</p> <p>Ook het <i>rigide denken is bij mensen met AN gerelateerd aan de eetstoornis</i>. Hoe meer ondergewicht, hoe sterker de algemene rigiditeit. De eetstoornis-cognities kunnen bij mensen met AN wel erg overheersend zijn en een belemmering vormen op de verschillende levensgebieden, zoals in de communicatie en de sociale relaties. De rigiditeit neemt af bij toename van het gewicht. Bij mensen met ASS is de rigiditeit in meer of mindere mate altijd al aanwezig geweest en breder dan alleen eetstoornis gerelateerde thema's.</p>
Bepaalde, gefixeerde interesses die abnormaal intens of gefocust zijn.	<p>Er is bij mensen met AN een sterke fixatie voor alles rondom de eetstoornis (voeding, sporten, lijnen, lichaam, lichaamsbeeld, uiterlijke verzorging, lifestyle). Je verwacht <i>geen fixaties op andere gebieden</i>. Bij mensen met ASS zien we doorgaans (ook) op andere gebieden gefixeerde interesses.</p>
Sensorische over/ondergevoeligheid.	<p>Bij mensen met AN verwacht je <i>geen gevoeligheid voor geluid en licht</i>.</p> <p>Er is wel vaak overgevoeligheid voor geur, smaak en textuur van eten, die gerelateerd is aan de eetstoornis. Je verwacht dat <i>deze gevoeligheid voorafgaand aan de eetstoornis niet aanwezig was</i>.</p> <p>Wat betreft tactiele prikkels kunnen aanrakingen lastig zijn voor mensen met AN, <i>doordat ze op die momenten hun lichaam voelen, wat cognities triggert van 'te dik zijn'</i>. Verder zien we soms dat mensen met AN geen vette substanties op hun huid verdragen (zoals bodylotion of de lucht van een frituurpan), dit niet door de sensorische prikkels, maar door angst om hiervan aan te komen.</p> <p>Aanrakingen zijn voor (een deel van de) mensen met ASS <i>altijd</i> lastig geweest, doordat ze in de basis verhoogd sensorisch gevoelig zijn op dit gebied. Dit verwacht je niet bij mensen met AN.</p> <p>Met betrekking tot sensorische <i>ondergevoeligheid</i> zien we dat interne/lichamelijke signalen minder goed binnenkomen bij een fors ondergewicht. Hierdoor kunnen mensen met AN het <i>gevoel voor zichzelf en hun lichaam verliezen</i> (interoceptie). Ook leren zij signalen van honger, verzadiging en pijn vaak <i>onderdrukken en negeren</i>. Bij herstel van de eetstoornis normaliseert dit vaak. Je verwacht dus niet dat lichaamssignalen zoals honger, dorst en pijn in de basis al minder goed worden aangevoeld, zoals bij ASS vaak wel het geval is.</p> <p>Bij mensen met ASS zie je regelmatig problemen in de zogenaamde sensorische integratie. De hersenen verwerken de informatie van de zintuigen (zien, ruiken, voelen, horen, proeven, lichaamshouding) niet goed. Prikkels worden verkeerd geïnterpreteerd, te sterk of verminderd waargenomen of men weet niet hoe ermee om te gaan, waardoor het niet lukt er passend op te reageren. Bij mensen met AN met ondergewicht zie je ook regelmatig problemen in de sensorische integratie, maar dan wel gekoppeld aan het ondergewicht en de eetstoornis. Voorafgaand aan het ontstaan van de AN verwacht je dergelijke problemen niet.</p>

Differentiatie in de manier waarop het contact met de cliënt verloopt.

Bij mensen met ASS merk je vaak dat het contact op een bijzondere, soms vreemde manier verloopt. Het is doorgaans moeilijk om je in hen te verplaatsen en om mee te gaan in hun beleving. Bij mensen met AN is het makkelijker om hen te volgen en je in te leven. Er is vaak meer gevoelsbeleving en dynamiek, waarbij het negatieve zelfbeeld en de hoge lat die zij zichzelf opleggen merkbaar zijn. Vragen als: 'Wie ben jij nu eigenlijk als persoon?' of 'Hoe heeft jouw verleden je gevormd?', leiden bij mensen met AN tot een wederkerig en afgestemd gesprek, waarbij je de persoon gevoelsmatig goed kan volgen. Mensen met ASS hebben vaak moeite met dergelijke introspectieve vragen en voelen niet goed aan en/of begrijpen niet goed wat je nu eigenlijk wilt weten. In een groepsbehandeling kan dit ertoe leiden dat iemand met ASS buiten de groep valt, bijvoorbeeld door onhandig of erg teruggetrokken gedrag. In dergelijke sociale situaties kan de spanning bij mensen met ASS dermate oplopen, dat zij hierdoor blokkeren.

Bij mensen met ASS is het belangrijk om concrete vragen te stellen, omdat ze vast kunnen lopen op open vragen. Bij mensen met AN speelt dit niet zozeer en verlopen gesprekken vloeiender. Mensen met ASS kunnen vaak op analytisch niveau over hun eetproblemen praten, maar het gevoel hierbij is moeilijk in te schatten, mede doordat er non-verbaal weinig zichtbaar is. Dit maakt het lastig om een inschatting te maken van de lijdensdruk. Dit is op te lossen door er rechtstreeks naar te vragen. Ook weiden mensen met ASS vaak meer uit in (irrelevante) details, waardoor het gesprek niet soepel verloopt. Al met al mis je hierdoor de wederkerigheid. Bij mensen met AN verwacht je meer gevoelscontact, is het makkelijker om de lijdensdruk in te schatten en zijn gesprekken meer wederkerig.

Bij mensen met ASS zien we vaak specifieke onderliggende thema's bij de eetproblemen. Het gaat bij hen vaak om het ontbreken van grip op het leven en/of een veelheid aan veranderingen of overvraging, waardoor chaos ontstaat in het hoofd en ze het overzicht verliezen. Zij kunnen dit als het ware niet bolwerken door hun manier van *informatie verwerken* (zich verliezen in details, overzicht verliezen, gebrek aan flexibiliteit). Er ontstaat een gebrek aan voorspelbaarheid en (dus) onveiligheid. De eetstoornis (als coping/ritueel/routine) geeft dan een voorspelbare dagindeling en een voorspelbaar lijf en brengt de spanning en angst weer onder controle. Mensen met AN kunnen ook houvast ontnemen aan de eetproblemen, maar vooral wanneer er op *emotioneel* gebied veel problemen zijn (bijvoorbeeld onzeker voelen op school, scheiding ouders of traumatische life-events). Dan gaat het met name om controle en zelfbeeld, maar niet zozeer om het creëren van voorspelbaarheid (gerelateerd aan de gedetailleerde informatieverwerking), zoals we bij mensen met autisme zien. Dit verschil merk je ook in het contact.

Bij mensen met ASS is lichaamsbeeld vaak niet zozeer een thema. Ze zijn doorgaans ook niet bezig met hoe anderen naar hun lichaam kijken. Bij mensen met AN zijn dit wel vaak belangrijke thema's.

Kenmerken van AN bij mensen met ASS.

Bij mensen met ASS is er vaak sprake van eetproblemen en soms kan er ook ondergewicht ontstaan.

Wanneer stel je naast ASS ook AN vast en wanneer niet?

Hieronder per AN-criterium eerst hoe we dit bij ASS zien (dus de overlap tussen AN en ASS), daarnaast wat je 'extra' verwacht bij comorbide AN: dus de kenmerken die niet door ASS of bijbehorende eetproblemen te verklaren zijn. De info onder het kopje 'wat past bij comorbide AN', moet de doorslag geven of je naast de ASS ook AN stelt.

	Criteria van AN	Wat zien we ook bij ASS?	Wat past bij comorbide AN?
1	Het beperken van energie-inname ten opzichte van energiebehoefte, resulterend in een significant te laag gewicht.	<p>Mensen met ASS kunnen energie-inname (vaak ongewild) beperken door:</p> <p><u>1. Sensorische overgevoeligheid</u> Bijvoorbeeld voor geur, smaak en textuur of visuele aspecten van eten. Ook een vol gevoel kan voor mensen met ASS sensorisch onprettig zijn. Een dergelijke overgevoeligheid is in de kindertijd al aanwezig. Verder onderzoek naar ARFID is soms geïndiceerd.</p> <p><u>2. Sensorische ondergevoeligheid</u> Beperken van voedselinname kan ook komen door ondergevoeligheid voor lichamelijke prikkels zoals een hongergevoel.</p> <p><u>3. Fixaties</u> Mensen met ASS kunnen gefixeerd raken op een gezonde leefstijl of een bepaald dieet. De combinatie van fixatie en rigide denken kan ervoor zorgen dat ze hierin doorschieten, wat kan leiden tot een te laag gewicht.</p> <p><u>4. Stress</u> Bij veel stress/overprikkeling kan het gebeuren dat eten niet goed lukt, omdat dit extra prikkels met zich meebrengt (smaak, textuur, geur). Als de stress lang duurt, kan dit leiden tot een zorgelijk laag gewicht. Er is doorgaans wel een wens om aan te komen, maar dit lukt niet altijd door de stress en prikkels.</p> <p><u>5. Maag en darmproblemen</u> Bij ASS is relatief vaak sprake van maag- en darmproblemen (bijvoorbeeld als gevolg van spanning/stress), wat eten kan bemoeilijken en kan leiden tot een beperkte voedselinname.</p> <p><u>6. Informatieverwerking en motoriek</u> Ook een trage informatieverwerking en</p>	<p>Als er naast ASS ook AN speelt, dan verwacht je een bewuste (maar vaak onuitgesproken) keuze om niet aan te komen in gewicht. Vaak dempt het lagere gewicht binnenkomende prikkels en/of gevoelens zeer effectief. Onderliggend is er tevens sprake van angst om aan te komen en een verstoord lichaamsbeeld zoals aangegeven bij criterium 2 en 3.</p> <p>Bij comorbide AN wordt het gewenst gewicht telkens naar beneden bijgesteld en is de angst meer te eten dan de dagen daarvoor zeer hoog. Bij alléén ASS verwacht je dit niet.</p>

		<p>motorische problemen kunnen leiden tot te weinig eten, bijvoorbeeld doordat de eetmomenten (bijv. pauze op het werk) te kort of te overprikkelend zijn. Daarnaast kan er afkeer van bepaalde producten zijn of voorkeur voor bepaalde merken, waardoor het voedingspatroon beperkt wordt.</p> <p><u>7. Sociaal contact</u></p> <p>Het samen met anderen eten kan fors overprikkelen (niet alleen op sociaal gebied maar ook qua geur, visuele prikkels of geluiden) en leiden tot te weinig inname.</p> <p>Bij de hierboven beschreven zeven punten is er onderliggend geen sprake van een wens tot afvallen of van een verstoord lichaamsbeeld. Aankomen in gewicht lukt doorgaans goed, door stress te verminderen, uitleg te geven over een gezond eetpatroon en een duidelijke eetstructuur met voldoende tijd aan te brengen.</p>	
2	<p>Intense vrees om aan te komen of dik te worden, of persisterend gedrag dat gewichtstoename hindert.</p>	<p>Je verwacht bij mensen met (alleen) ASS geen intense vrees om aan te komen of dik te worden. Je ziet soms wel persisterend gedrag dat (ongewild) gewichtstoename hindert. Mensen met ASS kunnen zich bijvoorbeeld <i>verliezen in sporten</i>, vanuit een fixatie of om hun hoofd leeg te maken (na overprikkeling).</p> <p>Ook kunnen mensen met ASS <i>blijven hangen in hetzelfde eenzijdige eetpatroon</i>. Het eten is dan een gedragsritueel geworden, wat passend is bij ASS. Het ritueel aanpassen wanneer de omstandigheden daar om vragen, bijvoorbeeld als iemand intensief gaat sporten of in de puberteit gaat groeien, is doorgaans lastig. Op de langere termijn kan dit gedragsritueel (ongewild) leiden tot gewichtsafname.</p> <p>Ook de <i>overgang naar zelfstandigheid</i> en een passend eetpatroon ontwikkelen en vasthouden kan lastig zijn, door de moeite met verandering en de beperkte executieve functies. Zo zien we soms dat kinderen/pubers met ASS blijven vasthouden aan het lichaam en het gewicht dat ze kennen, waardoor ze niet geneigd zijn om extra te eten als ze in de puberteit gaan groeien.</p>	<p>Bij comorbide AN is duidelijk sprake van persisterende eetrituelen die gewichtstoename verhinderen en/of een intense vrees om aan te komen of dik te worden.</p> <p>Complimenten over slank uiterlijk of het goed kunnen afvallen (en sociaal erbij horen) kunnen de eetstoornis in de hand werken.</p> <p>Bij mensen met ASS en AN zien we soms dat bepaald voedsel extra angst geeft om aan te komen, wat bijna randpsychotisch kan aandoen.</p> <p>Bij ASS en AN lijken irrationele gedachten over aankomen/veranderen meer rigide en moeilijker uit te dagen dan bij alleen ASS.</p> <p>Het niet eten geeft een gevoel van controle bij mensen met AN (met of zonder ASS). Deze controle lijkt voor mensen met ASS extra belonend, gezien hun moeite met verandering en onvoorspelbaarheid, die in de</p>

		<p>Ze overzien vaak niet de gevolgen hiervan. Hierdoor kan (ongewild) ondergewicht ontstaan.</p> <p>Ook <i>na ziekte</i> zie je soms dat de overgang naar normaal eten niet meer goed lukt. Niet zozeer vanuit een eetstoornisgedachte (nu zie ik er goed uit), maar omdat ze niet goed kunnen <i>terugschakelen</i> naar 'normaal'.</p> <p>Voor mensen met ASS is <i>voorspelbaarheid</i> erg belangrijk, bijvoorbeeld qua eetpatroon en gewicht. Wanneer een vast eetpatroon niet resulteert in een stabiel gewicht, kan dit spanning geven. Hierbij speelt zelfbeeld overigens geen rol.</p> <p>Sommige mensen met ASS <i>eten of drinken extreem veel</i> (polydipsie). Dit komt voort uit een gebrek aan gevoel van verzadiging, een fixatie voor bepaald voedsel/drinken en/of weinig gevoel voor wat normaal is binnen een bepaalde context. Onderliggend speelt hierbij geen angst om aan te komen.</p>	<p>basis al aanwezig is. Ondergewicht kan er verder voor zorgen dat prikkels en gevoelens worden gedempt, waardoor beide beter hanteerbaar worden. Ook dit is een belonende/in stand houdende factor.</p>
3	<p>Stoornis in hoe iemand zijn/haar gewicht of lichaamsvorm ervaart, of te grote invloed van gewicht/lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf, of niet onderkennen van de ernst van het te lage gewicht.</p>	<p>Bij mensen met ASS verwacht je geen stoornis in het ervaren gewicht of lichaamsvorm. Wel zien we in de puberteit soms dat de hormonale veranderingen en het ontwikkelen van borsten en heupen lastig kunnen zijn. Het lichaam is op dat moment niet meer voorspelbaar en men herkent het soms niet meer als van zichzelf. Dit is gerelateerd aan de moeite met verandering die ASS kenmerkt.</p> <p>Je verwacht bij mensen met ASS geen buitensporig grote invloed van gewicht/lichaamsvorm op het zelfbeeld. Als mensen met ASS zich verliezen in lijnen/afvallen, dan is dit doorgaans niet gerelateerd aan zelfbeeld, maar aan moeite om terug te schakelen naar een normaal eetgedrag, of aan de behoefte ergens grip op te ervaren, omdat de wereld op hen als onvoorspelbaar overkomt.</p> <p>Het niet onderkennen van de ernst van het te lage gewicht zie je soms ook bij ASS. Dit kan voortkomen uit een gebrekkig besef van wat een normaal lichaamsgewicht is en doordat ze niet doorhebben dat een beperkt eetpatroon op de langere termijn ongezond is. Als dit concreet wordt uitgelegd, onderkennen ze dit.</p>	<p>Bij comorbide AN verwacht je dat men zichzelf ten onrechte te dik vindt en dat aankomen leidt tot zeer negatieve zelfgedachten en toename van spanning en angst. Lichaam en gewicht kunnen erg veel invloed hebben op het lichaamsbeeld, zelfbeeld en zelfgevoel (dit is overigens niet altijd het geval).</p> <p>Bij comorbide AN verwacht je ontkenning van de eetstoornis en/of van de ernst van het te lage gewicht. Deze ontkenning blijft bestaan, na uitleg over de ernst en gevolgen van het te lage gewicht.</p>

4	Restrictieve type: gewichtsverlies door diëten, vasten en/of overmatige lichaamsbeweging.	Bij ASS is gewichtsverlies doorgaans gerelateerd aan aspecten zoals beschreven bij criterium 2 en 3.	Bij comorbide AN zie je ondergewicht met onderliggend een intentie om niet aan te komen, verder af te vallen en/of angst om weer te voelen. Het voelen maakt ze namelijk weer bewust van het gebrek aan grip op de wereld en zorgt voor paniek (zie criterium 2 en 3)
5	Eetbuien/purgerende type: gewichtsverlies door eetbuien of purgeergedrag (braken, laxantia, diuretica, klyasma's)	Eetbuien bij mensen met ASS komen doorgaans voort uit een gebrek aan verzadigingsgevoel of uit een fixatie voor een specifiek voedingsmiddel. Bepaalde etenswaren kunnen ook een prettige prikkel geven, wat een rustgevend effect kan hebben en overprikkeling op andere gebieden kan dempen. Je verwacht geen eetbuien door een verlies van controle. Ook verwacht je niet dat een eetbui wordt gevolgd door fors compensatiegedrag. Je verwacht (mede door de prikkelgevoeligheid) niet dat mensen met ASS purgeren of gebruik maken van laxantia/diuretica/klyasma's om af te vallen.	Bij comorbide AN ontstaan (selectieve) eetbuien vaak uit controleverlies. Deze worden doorgaans gevolgd door fors compensatiegedrag. Purgeergedrag (zoals braken en laxeren) kan ook zonder voorafgaande eetbuien voorkomen.